



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

Fecha: _____

PADRE/MADRE O TUTOR

NÚMERO DE CASO

DOBLAR

Estimado solicitante:

Hemos recibido su solicitud para el programa de Cuidado de Niños Working Connections. Se le envía el presente formulario en respuesta a su solicitud.

Procesaremos su solicitud y determinaremos su elegibilidad una vez que hayamos recibido TODA la información a continuación.

- Solicitud de WCCC/información del proveedor (deberá **completarla** incluso si participa en una actividad del programa WorkFirst);
- Proporcione el ingreso de su hogar de los últimos tres meses (como por ejemplo talones de pago, manutención de niños, ingreso por Seguro Social, Ingreso Suplemental del Seguro (SSI) y cualquier otro ingreso recibido por alguien en su familia). Incluya su horario laboral y el nombre de una persona de contacto y número de teléfono. No necesita proporcionar verificación de ingreso de la asistencia en efectivo del estado (TANF).
- Si recientemente comenzó a trabajar y no cuenta con talones de pago, aceptaremos una declaración de su empleador que indique la fecha de contratación, cuánto gana (por hora, salario, etc.) y cuál será su horario. Favor de incluir en la declaración el nombre de una persona de contacto y número de teléfono.
- Comprobante de los pagos de manutención de niños ordenados por el tribunal u orden administrativa (si fuera aplicable) y verificación de los pagos realizados.
- Si el cuidado lo proporciona un proveedor pariente/en el hogar, el proveedor deberá satisfacer los requisitos indicados en la página cuatro de este formulario y usted deberá presentar:
 - Foto de identificación del proveedor;
 - Una tarjeta del Seguro Social vigente o comprobante que el proveedor puede trabajar legalmente en los EE.UU., como por ejemplo la tarjeta de residencia o documento de Autorización Laboral (EAD) del proveedor;
 - Domicilio actual del proveedor; y
 - El formulario de autorización para la verificación de antecedentes del proveedor, formulario 09-653 de DSHS. Puede obtener este formulario del funcionario autorizado del programa WCCC. **No se harán pagos por el cuidado brindado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de las verificaciones de antecedentes.**

Favor de llamar al número debajo si tuviera preguntas.

Nombre del funcionario: _____ Número de teléfono/fax: _____



Washington State
Department of Social
& Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

SOLICITUD DE WCCC

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

La información incompleta podría demorar la aprobación de los servicios y pagos. Escriba con letra de molde legible o a máquina.

DATE	WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER
CASE NUMBER	BIRTHDATE
SSN (OPTIONAL)	TELEPHONE NUMBER
ETHNICITY	GENDER <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female

NIÑOS QUE VIVAN EN EL HOGAR POR LOS CUALES USTED ES RESPONSABLE

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE E INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ETNIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	CIUDADANO O RESIDENTE LEGAL DE LOS EE.UU.	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CÓNYUGE, O EL OTRO PADRE/MADRE O TUTOR DEL NIÑO QUE VIVA EN EL HOGAR (REQUERIDO)

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	PARENTESCO CON LOS MENORES NOMBRADOS ARRIBA

SOLICITANTE

CÓNYUGE O PADRE/MADRE O TUTOR SECUNDARIO

NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA	NOMBRE DEL EMPLEADOR, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA
DIRECCIÓN (DEL EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)	DIRECCIÓN (DEL EMPLEO, ACTIVIDAD DE WORKFIRST O ESCUELA)
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE TELÉFONO
FECHA DE INICIO	FECHA DE INICIO
SI TIENE EMPLEO, ¿QUÉ TAN SEGUIDO RECIBE PAGA Y CUÁL ES SU SALARIO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$	SI TIENE EMPLEO, ¿QUÉ TAN SEGUIDO RECIBE PAGA Y CUÁL ES SU SALARIO? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente \$

¿Paga usted manutención de niños? Sí No Monto mensual: \$

FUENTES MENSUALES DE INGRESO GANADOS/NO DEVENGADO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Incluya COPIAS (de los últimos tres meses):	NOMBRE PROPIO	NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
Empleo (ingreso bruto antes de deducciones impositivas)				
Trabajo independiente				
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)				
Manutención de Niños recibida				
Seguro Social (SSI, SSA)				
VA, seguro por impedimento, Labor e Industrias o seguro por desempleo				
Otro (especifique):				

¿Recibe algún vale para ayudarlo con los gastos de vivienda? Sí No

HORARIO DE LAS ACTIVIDADES DEL PADRE/MADRE O TUTOR	
SOLICITANTE	CÓNYUGE O EL PADRE/MADRE O TUTOR SECUNDARIO
ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA O ACTIVIDAD DE WORKFIRST)	ACTIVIDAD (EMPLEO, ESCUELA O ACTIVIDAD DE WORKFIRST)
	¿CUÁL ES SU HORARIO LABORAL, ESCOLAR O DE ACTIVIDAD DE WORKFIRST?
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	

Fecha en que comenzará el cuidado de niños:

HORARIO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS NIÑOS		
NOMBRE DE LOS NIÑOS	HORARIO ESCOLAR (DÍAS Y HORAS EXACTAS)	HORARIO ESCOLAR (DÍAS Y HORAS EXACTAS)

¿Tiene un niño con necesidades especiales? Sí No

De ser así, comuníquese con el funcionario autorizado para obtener información respecto a las tarifas de pago para necesidades especiales.

DERECHOS DE AUDIENCIA

Usted tiene derecho a una audiencia. Para solicitar una audiencia, comuníquese con esta oficina o escriba a la Oficina de Audiencias Administrativas a: Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia WA 98504-2489. Deberá solicitar la audiencia antes de transcurridos 90 días desde la fecha que reciba la decisión. En la audiencia, tiene derecho a representarse a sí mismo, a que lo represente un abogado u otra persona que escoja. Quizás pueda obtener asesoría legal o representación gratuita comunicándose con una oficina de servicios legales.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he suministrado en esta declaración es auténtica, exacta y completa a mi leal saber y entender y comprendo que la falsificación deliberada de esta información podría resultar en sanciones conforme se especifica en la Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL PRINCIPAL	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL SECUNDARIO	FECHA
---	-------	--	-------

ASISTENCIA MÉDICA PARA SUS NIÑOS

¿Sabe usted que puede obtener cobertura médica y dental para sus niños? ¡No hay listas de espera y es tan fácil como contar 1 –2 –3!

- ¿Recibe algún otro tipo de asistencia a través del estado, como por ejemplo estampillas para alimentos o asistencia en efectivo?
 - SÍ:** Llame al funcionario financiero a cargo de su caso y solicite cobertura médica para sus niños.
 - NO:** Llame al número de teléfono sin cargo de Asistencia Médica para Niños al 1-800-204-6429.
- Bríndele al funcionario la información que necesite para que determine si usted es elegible. Quizás el funcionario ya cuente con esa información o puede tomarla por teléfono.
- Reciba la tarjeta médica por correo.

No demore - ¡la cobertura médica para sus niños está a una llamada telefónica!

Se prohíbe la discriminación en todos los programas y actividades: No podrá excluirse a ninguna persona en función de su raza, color, religión, credo, nacionalidad, sexo, edad, estado civil, condición de veterano discapacitado o veterano de guerra de la era de Vietnam o incapacidad.



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

SOLICITUD DE WCCC

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR
(DEBERÁ LLENARSE POR EL PADRE/MADRE/TUTOR Y PROVEEDOR)

Escriba con letra de molde legible o a máquina.
La información incompleta podría demorar la aprobación de los pagos.

1. NOMBRE Y DOMICILIO DEL PROVEEDOR

La información que proporcione respecto al nombre, domicilio y número de teléfono del proveedor es información pública y podrá cedérsele a toda persona que la solicite.

DATE
WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE
TELEPHONE/FAX NUMBER
CASE NUMBER
PARENT/GUARDIAN'S NAME
PROVIDER NUMBER
EXPECTED START DATE FOR CARE

2. TIPO DE CUIDADO: MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE IDENTIFICANDO EL TIPO DE CUIDADO QUE BRINDA

<input type="checkbox"/> Cuidado de niños	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA FEDERAL DEL PROVEEDOR		FECHA DE CADUCIDAD DE LA LICENCIA	
<input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado de Niños en Familia	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA FEDERAL DEL PROVEEDOR		FECHA DE CADUCIDAD DE LA LICENCIA	
<input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar del niño; consultar las Secciones 5 y 7 de la Página 4	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR	¿ES MAYOR DE 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON EL MENOR
<input type="checkbox"/> Cuidado en el hogar de un pariente; consultar las Secciones 6 y 7 de la Página 4	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR	¿ES MAYOR DE 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO CON EL MENOR

3. INDIQUE LOS DÍAS Y HORAS EN QUE BRINDARÁ CUIDADO PARA LOS NIÑOS A CONTINUACIÓN

NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	DÍAS Y HORAS EN LAS QUE SE BRINDARÁ EL CUIDADO, ESPECIFIQUE SI FUERA ANTES O DESPUÉS DEL HORARIO ESCOLAR

4. PROVEEDOR: INDIQUE LAS TARIFAS DIARIAS QUE COBRARÁ POR EL CUIDADO DE NIÑOS

¿Cuáles son las tarifas generales que cobra a padres/tutores? Esta información tendrá que suministrarse antes de que pueda autorizarse el pago.	BEBÉ \$	NIÑO PEQUEÑO \$	TARIFA DE INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> SÓLO UNA VEZ <input type="checkbox"/> TARIFA PARA EXCURSIONES	SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL MONTO: \$ _____ <input type="checkbox"/> POR NIÑO <input type="checkbox"/> POR FAMILIA \$ _____ POR MES TARIFA
	PREESCOLAR \$	EDAD ESCOLAR \$		

Comuníquese con el funcionario autorizado para obtener las tarifas de pago para niños con necesidades especiales.

Comprendo que llenar este formulario no garantiza el pago. Si se autorizara el cuidado de niños, acuerdo al pago de cuidado de niños a mi tarifa usual o a la tarifa que DSHS determine, lo que sea menor.

FIRMA DEL PROVEEDOR <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Cuidador no pariente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cuidador pariente	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO Y FAX (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
---	-------	--

FOR AGENCY USE ONLY: Check box if licensed provider information was obtained by telephone.

5. DEBERÁ COMPLETAR EL PADRE/MADRE SI EL CUIDADO TOMA LUGAR EN EL HOGAR

Se requerirá la información a continuación cuando el cuidado de niños se proporcione en su hogar por un hijo adulto o su padre/madre. Si vive con el proveedor, consideramos que su hogar es también el hogar del proveedor. Favor de llenar los puntos 1, 2 ó 3. La información incompleta podría demorar el pago.

1. **El proveedor es hijo mío** (biológico, hijastro, adoptado o suplente) de 18 a 20 años de edad. Sí No
2. **El proveedor es mi padre/madre** (biológico, padrastro/madrastra, adoptivo o suplente). Sí No
 De ser sí, marque la casilla que corresponda a su situación (la persona que solicita cuidado de niños, no el proveedor de cuidado de niños)
 Soy viudo/a Estoy divorciado y no me he vuelto a casar. Estoy casado, separado o nunca me casé.
 Vivo con mi cónyuge incapacitado que no puede cuidar de mi niño por al menos cuatro semanas consecutivas en un trimestre.
3. **Ni el punto 1 ni el 2 se aplican a mi situación** (la persona que solicita cuidado de niños, no el proveedor).

6. EL PROVEEDOR DEBERÁ COMPLETAR SI EL CUIDADO DE NIÑOS TOMA LUGAR FUERA DE LA RESIDENCIA DEL NIÑO

El proveedor deberá ser un adulto pariente. El pariente deberá suministrarle al departamento los nombres y las fechas de nacimiento de todas las personas de 16 años o mayores que vivan con el proveedor. SÓLO indique los nombres de los miembros de su hogar que tengan 16 años de edad o mayores.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO

Certifico que las personas mencionadas anteriormente son los únicos individuos de 16 años de edad o mayores, que residen conmigo. Entiendo que estos individuos estarán sujetos al mismo proceso de verificación de antecedentes al que fui sometido. También entiendo que si otra persona de 16 años de edad o mayor se mudara a mi hogar mientras sea un proveedor autorizado por WCCC, de inmediato deberé notificarle a los padres.

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------

7. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE Y PROVEEDOR

¿Es usted, el proveedor, ciudadano de los EE.UU. o extranjero autorizado para trabajar legalmente en los EE.UU.? Sí No

Como proveedor pariente de cuidado/en el hogar, deberá:

- Tener 18 años de edad o mayor.
- Proporcionar cuidado solamente en el hogar de los niños. El cuidado podrá proporcionarse en el hogar del proveedor únicamente si éste es uno de los siguientes parientes de los niños: tía, tío, abuelo/a, hermano/a que vive fuera del hogar o un tío/a abuelo/a o bisabuelo/a.
- No poseer antecedentes penales que lo descalifiquen para prestar servicios conforme los reglamentos del WAC 388-290-0160 o WAC 288-290-0165.
- Estar lo suficientemente saludable física y mentalmente para satisfacer las necesidades del niño en su cuidado. Si el departamento así lo solicitara, los padres deberán proporcionar comprobante escrito que usted está lo suficientemente saludable física y mentalmente para poder brindar cuidado de una manera segura.
- Poder cuidar del menor sin utilizar castigos corporales o abuso mental.
- Brindar cuidado al niño en un hogar seguro.
- Estar informado respecto a las prácticas de salud básicas, prevención y control de enfermedades contagiosas e inmunizaciones.
- Brindar cuidado constante, supervisión y actividades basadas en las necesidades de desarrollo del niño.
- Informe de inmediato al padre/madre, todo aviso de imputaciones penales o cargos pendientes en contra suya o de otra persona de 16 años de edad o mayor en el hogar, cuando el cuidado tome lugar fuera del hogar del niño.
- No podrá ser el padre/madre biológico/a del niño, padrastro/madrastra o padre/madre adoptivo/a, tutor legal, persona con la custodia de los niños ni el cónyuge de uno de estos individuos.

7. CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE Y PROVEEDOR (CONTINUACIÓN)

Yo, el padre/madre o tutor, certifico que el proveedor pariente/en el hogar satisface los requisitos consignados arriba. Entiendo que:

- Si no puedo garantizar esto, no se autorizará el pago.
- Cierta información de antecedentes podría descalificar a mi proveedor. Es responsabilidad del proveedor comunicarme de inmediato si éste u otra persona de 16 años de edad o mayor que viva en el hogar de mi proveedor tienen cargos o imputaciones por un delito, cuando el cuidado tome lugar fuera de la residencia del menor. Seré responsable de comunicar esto de inmediato al funcionario de cuidado de niños de DSHS.
- **No se harán pagos por el cuidado brindado antes de la fecha en que se reciban todos los resultados de las verificaciones de antecedentes.**
- Deberé notificarle al personal de WCCC, en un plazo de cinco días, si este proveedor cesa el cuidado de niños.
- No se le pagará a mi proveedor por el cuidado de más de seis niños a la vez (por las mismas horas y días).
- No podré contar con más de tres proveedores parientes en el hogar autorizados para recibir pago a la misma vez durante mi período de elegibilidad. Sólo uno de estos tres proveedores podrá ser el proveedor sustituto (alternativo). Puedo utilizar un proveedor licenciado/certificado para el cuidado sustituto.

Declaro bajo pena de perjurio que la información que he suministrado en esta declaración es auténtica, exacta y completa a mi leal saber y entender y comprendo que la falsificación deliberada de esta información podría resultar en sanciones conforme se especifica en la Ley Estatal de Washington. (RCW 74.08.055)

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR	FECHA	FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
-------------------------------	-------	---------------------	-------

TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE NIÑOS

Al aceptar el pago de DSHS por cuidado de niños, los proveedores acuerdan lo siguiente:

DSHS se reserva el derecho de retener la aprobación/autorización de toda solicitud de cuidado de niños.

Aviso al proveedor: A pesar de que el personal tratará de hacerlo, DSHS no tiene la obligación de notificarle a los proveedores de cuidado de niños por adelantado si los beneficios disminuyeran o cesaran. Verifique la fecha de vencimiento de elegibilidad de la familia en el aviso de autorización de pago del Sistema de Pago de Servicios Sociales (SSPS). Los proveedores licenciados/certificados pueden comunicarse con el funcionario autorizado para solicitar una copia del folleto de información al proveedor, "Subsidios para Niños, Un Folleto para Proveedores de Cuidado de Niños Licenciados y Certificados" ("Child Subsidies, A Booklet for Licensed and Certified Child Care Providers," DSHS 22-877(X)).

Pagos adicionales: Los proveedores licenciados y certificados no podrán obligar a los padres/tutores a que paguen la diferencia entre la tarifa habitual que autoriza DSHS para los servicios de cuidado de niños y la tarifa general que cobra el proveedor. El proveedor no podrá obligar a un cliente a encontrar un tercero para hacer los pagos adicionales o con el propósito de que pague un pago compartido.

Un proveedor podrá cobrarle de más a un cliente de DSHS cuando el padre/madre o tutor:

- Requiera más horas de cuidado de niños que el monto de cuidado autorizado debido a razones personales (por ejemplo, el padre/madre o tutor recoge a los niños tarde dado que salieron de compras); o
- Solicita programas extracurriculares opcionales (por ejemplo, gimnasia, ballet, etc.) para los niños.

Los proveedores no son empleados de DSHS: El proveedor y sus empleados que realicen tareas bajo este acuerdo no son empleados ni agentes de DSHS. El proveedor no afirmará ser funcionario o empleado de DSHS ni del Estado de Washington, ni tampoco reclamará derechos, privilegios ni beneficios que le corresponderían a un empleado de servicio civil bajo el Capítulo 41.06 del RCW.

DSHS fijará las tarifas de cuidado de niños y cuando se considere adecuado, podría retener los impuestos. DSHS notifica las ganancias por cuidado de niños al Departamento de Impuestos Internos (IRS). A los proveedores se les enviará el formulario 1099 o W-2 a fines de enero todos los años. El formulario se enviará al domicilio que DSHS tenga en archivo.